# 令和８年度　フォローアッププログラム

切り取ってFAXでお申込みください

# 申　込　書

| 事業所情報記入欄 | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| 記号 | |
| 住所 | 〒 |
| 担当者氏名 | （所属　　） |
| 電話・FAX | 電話　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－ |
| メール | @ |

| | |
|---|---|
| 希望プログラム | プログラム No.　　プログラム名 |
| 実施方法 | 講師派遣（札幌市内・函館市内）・オンライン・VOD・DVD　プログラムごとの実施方法をよくご確認のうえ、○をお願いします。 |
| 実施希望日時 | 第１希望　令和　年　月　日（　）　時　分　開始 |
| | 第２希望　令和　年　月　日（　）　時　分　開始 |
| | ※講師派遣・オンラインは、原則平日でお願いします。（土日祝日の実施はご相談ください。）<br>※開始時間は10時～ 16時までの間でお願いします。（講師派遣・オンラインの場合記入） |
| 受講（視聴）予定人数 | 約　　名　（※ 講師派遣の場合、最大 30 名まで） |
| 講師派遣のみ記入 | 実施会場　□ 事業所内<br>□ 別会場　（別会場の場合、住所を記入）<br>（住所） |

【その他留意事項等】
※　全てのプログラムが無料でご利用いただけます。ただし、実施会場、通信環境などは貴事業所で準備をお願いします。
※　プログラム実施中の事故等が発生した場合、講師、実施者及び協会けんぽ北海道支部は一切責任を負いません。
※　ご記入いただいた個人情報は、本プログラムの実施に関してのみ使用し、第三者に提供することはありません。
※　プログラムは次の５社が実施いたします。「株式会社ドクタートラスト」「野村不動産ライフ＆スポーツ株式会社」「株式会社ルネサンス」「日本調剤 秋田薬局」「株式会社 COSPA ウエルネス」（順不同）

**FAXでお申込みください**

協会けんぽ北海道支部　企画グループ
FAX 011-726-0379

キリトリ